CalOptima Health
A Public Agency
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
☎ 714-246-8400
TTY: 711
caloptima.org

Mẫu đơn Chỉ định Người đại diện được Ủy quyền để Thực hiện Khiếu nại và Than phiền

Phần 1: Thông tin của Thành viên

Tên của Thành viên: _____ Ngày sinh: _____

Số ID của Thành viên (CIN): _____ Số điện thoại: _____

Phần 2: Thông tin về Người đại diện được Ủy quyền

Tên của Người đại diện: _____

Cơ quan (nếu áp dụng): _____

Mối quan hệ với Thành viên: _____

Địa chỉ email: _____ Số điện thoại: _____

Địa chỉ: _____

Phần 3: Những việc Tôi Cho phép Người đại diện của mình được Thực hiện

Tôi cho phép cá nhân hoặc cơ quan có tên nêu trên được thay mặt cho tôi làm việc với CalOptima Health trong suốt quá trình giải quyết khiếu nại và/hoặc than phiền:

☐ Nộp đơn khiếu nại

☐ Nộp đơn than phiền

☐ Nộp đơn khiếu nại và than phiền

Xin cho chúng tôi biết quý vị muốn người đại diện trợ giúp nộp đơn khiếu nại hay than phiền nào.

- Ngày nhận dịch vụ hoặc quyết định:

  _____

- Miêu tả về nhà cung cấp dịch vụ, dịch vụ hoặc vấn đề liên quan:

  _____

  ☐ Chỉ đơn khiếu nại hoặc than phiền ở trên
  ☐ Bất kỳ than phiền hoặc khiếu nại nào mà tôi nộp trong thời gian sự ủy quyền này có hiệu lực

Người đại diện của quý vị chỉ được hành động thay cho quý vị trong vấn đề khiếu nại hoặc than phiền mà quý vị chọn ở trên. Người đại diện cũng có thể thay mặt quý vị liên lạc trực tiếp với CalOptima Health. Điều này bao gồm việc nhận thông báo và thư từ, nộp tài liệu và bằng chứng, và xem xét hoặc nhận bản sao hồ sơ trường hợp và các thông tin liên quan đến khiếu nại hoặc than phiền.

Phần 4: Việc Cho phép Này Có hiệu lực Trong bao lâu (Ngày kết thúc)

Việc ủy quyền cho cá nhân hoặc cơ quan có tên nêu trên sẽ chấm dứt vào: _____

_____

(Xin ghi ngày hoặc một sự kiện cụ thể. Ngày này không được quá một năm kể từ ngày quý vị ký tên và gửi lại mẫu đơn này).

Nếu quý vị không ghi ngày kết thúc hoặc miêu tả thời điểm chấm dứt việc ủy quyền, chúng tôi không thể chấp nhận mẫu đơn này. Ngày kết thúc phải bao gồm tháng, ngày và năm.

Quý vị có thể ghi một sự kiện, thay cho ngày tháng. Thí dụ như: "khi hoàn tất quá trình khiếu nại hoặc than phiền này", "sau khi nộp đơn khiếu nại hoặc than phiền," hoặc "sau khi tôi rời khỏi bệnh viện".

Phần 5: Xác nhận của Thành viên

Tôi hiểu rằng:

- Người đại diện được ủy quyền có thể xem và trao đổi về thông tin về sức khỏe được giữ kín (PHI) của tôi có liên quan đến quá trình khiếu nại và than phiền.
- Thông tin về sức khỏe của tôi có thể được người đại diện được ủy quyền chia sẻ và có thể không còn được Đạo luật về Trách nhiệm Giải trình và Cung cấp Thông tin Bảo hiểm Y tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (luật về quyền riêng tư HIPAA) bảo vệ.
- Việc điều trị, thanh toán hoặc hội đủ điều kiện để nhận các phúc lợi của tôi không phụ thuộc vào việc tôi có ký giấy ủy quyền này hay không.

- Tôi có thể hủy bỏ việc ủy quyền này bất kỳ lúc nào bằng cách gửi văn bản thông báo cho CalOptima Health.
- Việc hủy bỏ sẽ không thay đổi bất kỳ điều gì đã được thực hiện theo đơn ủy quyền này.

Khi ký tên vào mẫu đơn này, tôi cho phép CalOptima Health tiết lộ PHI liên quan đến (các) than phiền và/hoặc (các) khiếu nại trong mẫu đơn này cho người đại diện được ủy quyền của tôi.

Phần 6: Ký tên

Chữ ký của thành viên hoặc chữ ký của người đại diện hợp pháp của thành viên:

Tên viết in hoa: _____

Chữ ký: _____ Ngày: _____

Mối quan hệ với Thành viên: _____
(bản thân, cha mẹ, nhân viên chăm sóc sức khỏe, người được ủy quyền, hoặc người thi hành di chúc)

Các tài liệu hỗ trợ được đính kèm cho người đại diện hợp pháp:

☐ Có ☐ Không ☐ Trong hồ sơ ☐ Không áp dụng

Xin gửi hoặc fax mẫu đơn này đến CalOptima Health:

Attn: Enrollment and Reconciliation
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Số fax: 1-714-338-3104

Mẫu đơn này **chỉ** ủy quyền để một người được đại diện cho quý vị trong quá trình khiếu nại và/hoặc than phiền do CalOptima Health giải quyết. Mẫu đơn này không cho phép người đại diện được hành động thay cho quý vị để giải quyết các vấn đề về sự hội đủ điều kiện hoặc ghi danh với chương trình Medi-Cal hoặc các Buổi Điều trần Cấp Tiểu bang. Quý vị có thể phải điền một mẫu đơn riêng cho những vấn đề này.

Nếu quý vị cần trợ giúp, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ CalOptima Health ở số miễn phí **1-888-587-8088** (TTY **711**), thứ Hai đến thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5:30 chiều. Chúng tôi có nhân viên nói cùng ngôn ngữ với quý vị.